Un carnet de santé pour les enfants : panorama contemporain

Catherine ROLLET
Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
Laboratoire Printemps CNRS, France

Notre intérêt pour le carnet de santé vient de nos travaux sur l'histoire de la protection de l'enfance, et il a vraiment pris corps le jour où une femme née en 1913 nous confiait son carnet de santé. Nous apprenions alors que le carnet de santé était antérieur, dans le cas de la France, à 1945, date à laquelle il était rendu obligatoire. Notre première recherche a donc porté sur la préhistoire du carnet de santé en France et elle nous a conduite à remonter jusqu'en 1869. Cette année-là un médecin de Montpellier publiait un opuscule pour guider les mères dans l'observation de la santé de leur enfant et améliorer la relation mère-médecin. Il s'agissait d'une initiative pionnière, d'ailleurs presqu'immédiatement traduite en hollandais et en américain (Rollet 2001).

Par la suite, diverses initiatives ont vu le jour en France (et sans doute dans d'autres pays du monde), de natures très diverses, qui se situent entre le journal de bébé et le carnet médical. L'État commence à s'intéresser à un tel carnet à la fin du XIX^{ème} siècle car il y voit le moyen d'assurer un suivi de tous les enfants : les carnets seraient visés périodiquement. Même si, en France, le premier carnet de santé officiel voit le jour en 1939 à la suite d'un décret de 1935 le préconisant, c'est au lendemain de la guerre qu'il est généralisé. Les années 1970, avec la préoccupation de la prévention des handicaps, renforcent l'intérêt de l'État pour ce document qui devient le support de trois certificats à remplir obligatoirement et exploités à des fins épidémiologiques. Aujourd'hui en France tous les parents reçoivent un tel carnet à la naissance de leur enfant, qui suivra ce dernier jusqu'à l'adolescence. La distribution du carnet de santé pour chaque enfant lors de la déclaration de naissance fait l'objet de l'article L. 163 du Code de la Santé Publique.

Cette première recherche nous avait aussi fait connaître diverses expériences dans le monde mais sans qu'elle puisse prendre à ce stade le statut d'une investigation complète. C'est l'objet de notre travail actuel : quelle est la situation des différents États à l'égard du carnet de santé ? Existe-t-il plusieurs modèles ? Quelle en est l'ancienneté ? Quelles sont les motivations qui ont poussé les États à s'en doter ? Qu'en attendent les populations ? Comment l'utilisent-elles? S'agit-il vraiment d'un outil pour le suivi sanitaire des enfants ? Qu'en pensent les professionnels ? Quel est l'avenir du carnet de santé pour les enfants ? Telles sont quelques-unes des questions que nous nous sommes posé et auxquelles nous avons pu donné des réponses partielles.

Nos sources d'informations sont diverses. Nous avons réalisé une enquête auprès des ambassades sises en France. Grâce aux réponses directes que nous avons obtenues et grâce aux contacts fournis par les ambassades avec les instances adéquates des États (Ministères de la santé et agences spécialisées), nous avons recueilli une information concernant plusieurs dizaines de pays, information complétée par la consultation sur internet des entrées « Carnet de santé », « Child health record », par l'examen de divers sites bibliographiques, en particulier Medline, et par des contacts personnels avec des chercheurs, en particulier de l'IRD, de l'ENSP et de l'Association Médecins sans frontières. Les chercheurs des réseaux auxquels nous sommes associés (santé publique, mortalité infantile, démographie historique) nous ont également aidée dans nos recherches. Au total, nos investigations nous ont permis de rassembler des éléments plus ou moins complets concernant plus de 60 pays du monde. Les régions les moins couvertes par nos investigations sont l'Amérique centrale et latine, le Proche-

Orient et l'Asie. Que tous ceux qui ont contribué à cette recherche trouvent ici notre profonde reconnaissance[1].

La diversité des expériences entre États est impressionnante, de l'inexistence presque totale du carnet de santé à un système complexe associant plusieurs modèles de carnets selon le détenteur. Certains États, qui ne possèdent pas de carnets de santé, ont néanmoins mis au point, selon les recommandations de l'OMS ou de l'UNICEF, une carte de vaccination.

Aucune typologie ne s'impose. Pour commencer, nous avons essayé de voir si la classification des pays selon le type de système de protection sociale tels que les présente par exemple Esping-Andersen (1990, cité par Commaille et Martin, 1998), correspondait à une partition entre trois modèles de carnets de santé, les uns totalement intégrés aux services de l'État, les seconds assurant le lien entre familles et services médicaux, les derniers relevant de diverses initiatives privées. L'analyse ne paraît pas totalement concluante, sans doute parce que ce système de classification porte d'abord sur le système de soins. Or le carnet de santé se rattache, non aux soins, mais à la prévention des maladies et des handicaps et à la promotion de la santé. Comme nous le verrons, la plupart des États industrialisés ressentent aujourd'hui la nécessité d'un carnet confié aux parents permettant de suivre la santé de chaque enfant. C'est le degré et la nature du lien entre carnet de santé et État qui différencie les pays, non l'existence même du carnet.

Nous avons alors privilégié un essai de typologie qui s'articule autour des différentes façons de concevoir le champ d'application de la santé publique. Il nous semble en effet que les carnets de santé reflètent au moins quatre façons de se représenter la santé publique : la première optique est celle du contrôle sanitaire (à travers l'inscription des vaccinations), la seconde celle des études épidémiologiques (à travers notamment les certificats de santé), les deux dernières visent l'éducation à la santé des parents, sous la forme des conseils donnés ou sous la forme d'un système d'auto-évaluation. Les modèles que nous avons pu examiner contiennent un ou plusieurs de ces items.

Finalement, c'est à un tour d'horizon géographique que nous convions le lecteur, en consacrant une partie aux pays d'Afrique francophone[2].

1. Le modèle scandinave

On peut parler d'un modèle scandinave (en ajoutant l'Islande qui a mis en place depuis 1974 un service national de santé pour les enfants et les Pays-Bas qui semblent s'être inspirés du modèle scandinave), lié au fait que tous les pays de la région ont adopté un système de santé similaire qui repose sur une couverture générale de la population par des centres de santé (régimes universalistes selon la classification de Esping-Andersen). Les centres qui suivent les

---

[1] Nous remercions en particulier Arpad Ajtony (Université de Versailles), Mohamed Abdullah Al-Rumaihi (Qatar), Kodjopatapa Amegee (Togo), Monika Biese (Danemark), Philippe Boequier (France), Dr M.-C. Bonnefoi (Paris), Dr Branger (Rennes), Fritz Britt (Suisse), Pr Walter Bruchausen (Allemagne), Dr Arlette Danzon (ENSP), Kokou Djondo (Togo), Patrice Issakha Diallo (Sénégal), Cédric De Jonghe (ONE-Belgique), Dr Joyce U, Ducusin (Philippines), Dr Georges Dupuis (Valais-Suisse), Linde Frank (Suède), James Gillespie (Australie), Josè Guerreiro von Lanthen (Nouvelle-Zélande), Laurence Leenstra (Pays-Bas), Ki-Che Angela Leung (Taiwan), Mellavuo Suvi Ma (Finlande), Dr Geneviève Massé (ENSP), Simone Navarro (Suisse), Sanjay Panda (Inde), Frans van Poppel (Pays-Bas), Matthew Ramsey (États-Unis), Lucia Sandri (Italie), Ali Savut (Turquie), Hugo Sehagen (Allemagne), Dr Marc Sehoene (France), Pr Jean Sénécal (Rennes), Lyne Sergeant (Grande-Bretagne), Adian Silalahi (Indonésie), Hana Sleehtova (République tchèque), Delphine Sordat (Suisse), Dr Simone SteiJ (Luxembourg), Bertrand Taithe (Grande-Bretagne), Caterina Tisci (Italie), Magdalena Tovornik (Slovénie), Dr Adnan F. M. Turkistani (Arabie saoudite), Jamaiyah Mohd Yusof (Malaysie), Dr Sosthène Zombre (Burkina Faso), tous les correspondants de Médecins sans frontières et tous mes amis français qui m'ont prêté des carnets.

[2] Faute de place, le tableau annexe comportant des détails sur l'existence et le contenu des carnets de santé de 66 pays du monde n'a pu être inclus. Il est disponible auprès de l'auteur sur demande (catherinerollet@printemps.uvsq.fr).

enfants dès la naissance disposent de dossiers de santé individualisés de grand format, souvent cartonnés *(Helsekort Journal* en Norvège, *Barnhälsovardjournal* en Suède, *Heilsugaeslustöd* en Islande, *Barnets bog* au Danemark) qui permettent aux praticiens de noter à chaque visite les renseignements utiles. Ces dossiers sont très détaillés mais les praticiens peuvent rapidement remplir les cadres pré-imprimés en cochant des cases. Ils comprennent des renseignements sur l'environnement familial, des schémas classiques (poids, taille périmètre crânien, rapport poids/taille, etc.), les résultats des examens périodiques, le mode d'alimentation, le développement psycho-moteur, les maladies et les vaccinations. En Scandinavie, chaque dossier est transféré dans le service de santé de l'école dans laquelle l'enfant est scolarisé à partir de cinq ou six ans. Un carnet de santé pour la période d'âge scolaire succède alors au carnet des bébés *(Skolhälsovardsjournal* en Suède). Aux Pays-Bas, le dossier médical (un pour les garçons, un pour les filles) est publié par l'Association néerlandaise pour les soins de la jeunesse *(Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg).*

Par ailleurs, les parents reçoivent un petit carnet *(Hälsokort* en Suède, *Lapsuusiän terveyskortti* en Finlande), de taille restreinte, qui reprend, selon les pays, les dates des visites de routine, les dates de vaccinations et quelques tableaux récapitulatifs (taille, poids, développement psycho-moteur). Ainsi la Suède, la Norvège, la Finlande, le Danemark et l'Islande (qui s'est inspirée du modèle suédois pour créer son carnet de santé en 1980) disposent de ces deux carnets, parfois différenciés selon le sexe (Finlande, Islande, Suède).

On le voit, le système scandinave repose davantage sur le carnet conservé par le centre de santé que sur celui donné aux parents. Récemment, la Suède a cependant introduit un carnet de santé personnel *(En personlig hälsojournal för...)* joliment illustré et destiné aux parents. Inspiré du modèle mis au point par le Dr A Macfarlane de l'Université d'Oxford, ce carnet, distribué à 35% de la population suédoise dans le périmètre de la ville de Stockholm, alterne les conseils et informations, les résultats des examens, la notation du poids et des vaccinations, le suivi de la dentition, etc. Les autorités suédoises ont estimé que la participation des parents au suivi de la santé de leurs rejetons était importante (selon le concept anglais de « parenthood in developement »). Le carnet de santé représente pour les parents un instrument d'auto-évaluation de la santé de leurs enfants, lequel peut conduire à une meilleure prise en charge par les services de santé : après avoir rempli le carnet de santé, les parents se sentent mieux armés pour évoquer les problèmes qu'ils ressentent à la lumière des questions posées dans le carnet de santé. La mobilité accrue de la population a-t-elle également joué un rôle? ce point serait à vérifier. Le carnet est évalué régulièrement et modifié pour tenir compte des observations des parents et des praticiens. Ainsi la Suède, très marquée par un système contrôlé par l'État, commence à évoluer vers un modèle prenant davantage en compte l'initiative des parents, selon une logique mise en lumière par divers sociologues des relations entre familles et État (Commaille 1998). Il est intéressant de noter que la ville de la Haye a également introduit un carnet de santé donné aux familles (il existe une version en anglais : *Growth book)* de 96 pages, agréablement illustré et très complet sur les étapes du développement psycho-moteur de l'enfant jusqu'à 5 ans. Là aussi, le souci d'associer les familles au suivi de la santé de l'enfant, est patent.

2. Les pays européens, sauf exception, ont adopté un carnet de santé

Pratiquement tous les pays européens, sauf la Suisse et l'Irlande, ont adopté un carnet de santé, ce qui correspond chez eux à l'affirmation de l'importance de l'approche préventive en santé publique. En fait, on doit distinguer au sein de cet ensemble deux types, un modèle ayant un lien étroit avec les services de santé de l'État (France, Espagne, Allemagne, Luxembourg), avec des graduations au sein de ce modèle, et un modèle moins lié à ces services (Portugal, Belgique, Grèce, Hongrie, République tchèque).

On l'a noté, la France a l'expérience d'un carnet officiel de santé depuis la fin des années 1930 (Rollet, 2001). Depuis les années 1970, le carnet officiel comprend trois certificats (à la

naissance, à 9 mois et à 24 mois) qui doivent être remplis par le médecin qui suit l'enfant et envoyés au service départemental de PMI. Avec l'obligation d'inscrire les vaccinations, c'est la seule intervention directe de l'État qui recommande par ailleurs de tenir à jour le carnet, invite les parents à le présenter au médecin et les médecins à l'utiliser. Le carnet détenu par les parents est rempli pour l'essentiel par les professionnels mais il n'est pas interdit aux parents d'y inscrire également leurs remarques. Depuis les lois de décentralisation, une certaine diversité a été introduite : si le fond reste identique pour toute la France, chaque département peut ajouter des pages de conseils, de recommandations, sous la forme d'encarts, roses, bleus, verts, selon l'âge. Le carnet actuel comprend sept parties distinctes : l'environnement familial, la période néonatale, la surveillance de la naissance à vingt ans, les courbes de croissance, les vaccinations, les comptes rendus d'hospitalisations, les transfusions et radios, etc. Une des caractéristiques des carnets récents est qu'ils s'intéressent à la prévention de la surdité, à celle de l'obésité et de la dénutrition et à la période de l'adolescence, avec des conseils qui s'adressent directement aux jeunes (Paclot, 1996). Le carnet français couvre tout le spectre de la santé publique évoquée en introduction : contrôle sanitaire par le biais des vaccinations, épidémiologie grâce aux certificats de santé, et éducation des parents (Rollet, 2001). C'est un outil permettant aussi le lien entre les divers professionnels prenant en charge le suivi de la santé de l'enfant.

Des pays comme l'Allemagne, le Luxembourg et l'Espagne se rapprochent plus ou moins de ce modèle, associant la liberté de choix du médecin à un certain regard de l'État. Tout s'est passé comme si ces pays avaient eu un réel besoin du carnet de santé pour assurer un minimum de protection sanitaire de l'enfance dans un contexte de concurrence entre médecine privée, centres de PMI et consultations hospitalières. Par le moyen du carnet de santé, rendu obligatoire, ces États se sont donné les moyens d'un suivi sanitaire de la totalité, ou presque totalité, de la population infantile. La France, comme l'Espagne, l'Allemagne et le Luxembourg associent donc un instrument au service des familles et des praticiens à un outil de santé publique, par le truchement de certificats de santé. Dans tous ces pays en effet, on trouve dans le carnet des feuillets détachables à remplir par le médecin et à envoyer au service de santé de l'État. Ainsi en Allemagne, le *Kinder-Untersuchungsheft...* est un carnet d'examens périodiques par âge qui donnent lieu, pour 7 d'entre eux, à un certificat détachable et qui permet de suivre l'enfant jusqu'à 5 ans. À la fin du carnet, on trouve des graphiques d'évolution du poids, etc. On est très loin du modèle français, cependant, puisqu'il n'y a aucun conseil donné aux parents, que les vaccinations ne sont pas certifiées et que les autres visites médicales ne sont pas mentionnées. Il s'agit simplement d'un outil de contrôle des examens périodiques obligatoires définis par le système d'assurance sociale.

De même les carnets luxembourgeois (bleus pour les garçons, roses pour les filles), institués par la loi du 20 juin 1977, ont eu pour but d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge. La loi prévoit six examens au total : les carnets comprennent trois feuillets duplicables et détachables, numérotés, correspondant aux examens obligatoires à la naissance, au 5ème - 10ème jour, à 21-24 mois ; les autres examens préconisés ne donnent pas lieu à l'envoi de feuillets. Ces carnets comprennent les graphiques de poids et taille, les allergies, les radiographies pratiquées mais ne sont pas destinés à recevoir la mention des vaccinations. Par ailleurs, ils ne donnent aucun conseil aux parents : c'est d'abord un outil de contrôle à visée épidémiologique et sociale (les allocations familiales sont versées au vu des certificats obligatoires).

L'Espagne connaît la même expérience, mais celle-ci est déclinée par province. Le carnet de la province de Valencia *(Cartilla de salud infantil)* publié en 1987 est très complet, il permet de suivre l'enfant jusqu'à 15 ans. Il contient notamment les six certificats de santé obligatoires dans la province, détachables : à la naissance, à 12 mois, à 24 mois, à 4 ans, vers 11 ans (pour la pratique des sports) et à 14 ans. Il n'existe pas de conseils donnés aux parents.

On le voit, l'optique « santé publique » avec l'idée d'un contrôle des examens périodiques apparaît très développée dans des pays comme l'Allemagne, le Luxembourg ou l'Espagne. Le carnet utilisé en Grèce à la fin des années 1970 se rapproche de ce modèle, il comprend 63 pages auxquelles s'ajoute un feuillet détachable de couleur bleu pâle, résultant de l'application de la loi de 1976.

Dans d'autres pays européens, le carnet est resté un document plus familial et plus axé sur la mémorisation des étapes importantes du développement de l'enfant.

Ainsi en Belgique, au Portugal, en Grèce, en Hongrie, dans la province de Catalogne en Espagne et en république tchèque, il n'y a pas d'interférence directe entre carnet et santé publique dans l'optique épidémiologique, sauf pour l'inscription des vaccinations : ce sont des outils qui ne comportent pas de certificats et qui restent entièrement entre les mains des familles. Le carnet hongrois par exemple est un petit carnet qui reprend les vaccinations, l'état de l'enfant à la naissance, le poids et la taille, les visites médicales, etc. Il existe par ailleurs également un petit carnet de grossesse. En Pologne, le carnet de santé *(Ksiazeczka zdrowia dziecka)* ne contient pas d'informations à visée éducative mais il permet de suivre, très précisément, âge par âge, la croissance de l'enfant.

Le *Carnet de Salut* de la province de Catalogne est assez sommaire. Une évaluation du carnet catalan a été faite en 1988 au moyen d'une enquête par téléphone. Le carnet était largement distribué (91,5% de la population enquêtée l'avait), l'usage différait selon le type de renseignements : mieux rempli pour les vaccinations (67,2%), un peu moins bien pour la naissance 56,4%), le poids (47,2%) et la taille (46,2%), il l'était encore moins bien pour l'alimentation (29,9%). De tous les carnets existant dans la province *(carnet de salut,* carnet du pédiatre, carnet du Gouvernement de Barcelone, Carnet de vaccination de la province...), c'était le carnet de santé qui recevait le plus souvent la mention des vaccinations (47% de l'ensemble des mentions) (Prats 1988).

De même le carnet italien distribué au début des années 1970 *(Libretto sanitario infântile)* par l'ONMI *(Opera nazionale per la protezione della maternità e dell' infanzia)* comprenait les résultats, année par année jusqu'à l'âge de six ans, des examens périodiques gratuits effectués dans les centres de consultation de l'ONMI. Les feuillets roses devaient être remplis par la famille, les feuillets gris, par le médecin du centre. Il ne semble pas que le carnet de santé soit un dispositif généralisé en Italie aujourd'hui.

La particularité du modèle autrichien *(Mutter Kind Pass)* réside dans le fait qu'il est distribué aux mères dès la grossesse pour permettre un suivi de la mère et de l'enfant jusqu'à ses cinq ans. Par ailleurs, les vaccinations sont portées sur un petit carnet détachable. La partie informative est très sommaire : elle se résume en un tableau sur deux pages des étapes de la croissance de l'enfant. L'essentiel de ce petit carnet de 64 pages est consacré aux examens périodiques de l'enfant.

Enfin, dans au moins trois cas, très explicitement, l'accent est mis, comme en Suède, sur l'éducation des parents.

Le *Boletim de saude infantil e juvenil* (bleu pour les garçons et rose pour les filles) du Portugal remonte à 1970 et sa version actuelle à 1993, il est distribué à tous les enfants par Je Ministère de la santé. Il se compose, âge par âge, de conseils et de résultats d'examens. C'est un carnet d'abord destiné aux parents.

En république tchèque, le carnet de santé publié en 1994 *(Zdravotni a ockovaci prukaz. Ditete a Mladistveho),* relié par des spirales, se compose de deux parties distinctes, une partie médicale qui permet de suivre l'enfant jusqu'à 18 ans (avec les vaccinations, les examens périodiques, les courbes de poids, taille, etc.) et une partie de conseils joliment illustrée.

Enfin, le carnet distribué en Belgique francophone depuis la fin de l'année 2000, *appelé « carnet de l'enfant »*, permet de suivre celui-ci de la naissance à 12 ans. Très pédagogique et

attractif, il propose d'inscrire, mois par mois, les éléments de la santé de l'enfant (poids, taille, périmètre crânien), il prodigue des conseils adaptés à chaque âge, sous la forme de recommandations ou de questions : on retrouve l'optique « éducation des parents », comme en Suède, et nous le verrons plus loin, comme en Grande-Bretagne et en Australie. L'optique préventive est privilégiée (il n'est pas question des maladies de l'enfant). À la fin du livret, plusieurs pages sont consacrés aux graphiques de croissance et aux vaccinations. Très intéressante est l'évolution de ce carnet de santé qui a une histoire qui remonte à 1935. À l'origine, le carnet était largement conçu pour le corps médical ; depuis les années 1980, il laisse de plus en plus d'espace d'écriture et de commentaires aux parents. C'est donc un carnet très complet, conçu par l'ONE (Office de la naissance et de l'enfance) et par des médecins de l'Inspection médicale scolaire ; l'ONE le distribue aux enfants qui fréquentent un de ses services. La politique vaccinale tend à en accroître la diffusion puisque, par exemple, l'accès gratuit au vaccin contre la méningite C nécessite la présentation du carnet de santé. L'intégration du carnet dans le dispositif de santé publique est renforcée en même temps que les parents sont de plus en plus sollicités. 11 existerait un modèle différent en Belgique flamande.

On le voit, les pays d'Europe examinés ici ne suivent pas une ligne uniforme, même si la plupart d'entre eux ont aujourd'hui introduit un carnet de santé. Ce qui différencie les pays, c'est un lien avec l'État plus ou moins fort, une optique éducative plus ou moins présente. Entre les modèles allemands et luxembourgeois très liés aux services de santé et les modèles portugais, tchèques et belges qui visent avant tout l'éducation des parents, toute une gamme existe associant plus ou moins les deux optiques. Le modèle français est un compromis entre les deux options.

3. Foisonnement des initiatives nord-américaines (États-Unis, Canada)

Le cas des États-Unis est tout à fait typique d'un État qui est dominé par un régime libéral, fondé sur le système des assurances privées (Esping-Andersen, 1990). Cette optique assurantielle explique pourquoi certains carnets de santé ne donnent au suivi de la santé du jeune enfant qu'une place très restreinte et dispersée (naissance, vaccinations, croissance). C'est le cas du *Lifetime Health Record* de 127 pages, publié en 1958 par le docteur David D. Rutstein, professeur de médecine préventive à Boston (Harvard Medical School). C'est un carnet de santé pour toute la vie, qui reflète bien les exigences des compagnies d'assurances, en particulier les examens systématiques très précis.

Le foisonnement des initiatives est aujourd'hui intense dans ce pays. On peut trouver sur internet plusieurs modèles de carnets de santé à copier ou à commander, de formes très variées, émanant de sociétés privées (Wal-Mart, Pampers) en relation avec des associations scientifiques *(American Academy of Pediatrics),* d'Universités (Ohio State University), ou d'organes fédéraux. Dans le cadre du programme *Head Start,* le Département fédéral de la santé et des services humains diffuse ainsi gratuitement en espagnol un *Historial medico del nino* de grand format, très complet, de plus de dix pages. Soutenue par la chaîne de magasins Wal-Mart et la fondation Pampers, dans le cadre d'une campagne *Babies First* commencée en octobre 2000, *l'American Academy of Pediatries* diffuse à un prix modeste un *Child health record, from lnfancy to Adulthood,* comprenant 24 pages. Par ce carnet, l'Académie de pédiatrie poursuit deux objectifs, garder la mémoire de l'histoire de la santé de l'enfant de la naissance à l'âge adulte, et permettre au médecin de connaître rapidement un résumé de cette histoire. Un autre objectif intéressant est de permettre aux parents qui déménagent souvent de garder une trace des soins de santé de leur enfant. Dans ce carnet, il n'y a aucun conseil, sauf en ce qui concerne le calendrier des vaccinations.

L'Université de l'État de l'Ohio publie également sur son site internet un intéressant *Child health record* de grand format comprenant 16 pages. Il n'y a pas de graphes mais des tableaux à remplir.

Il n'est pas facile de savoir comment ces différents carnets sont utilisés par les parents et les praticiens. Une étude a porté au cours des années 1990 sur 429 parents new-yorkais fréquentant un centre de santé communautaire et qui avaient été pourvus d'un *Lifetime Home-based Health Record* (LHBHR). 71% des parents interrogés avaient apporté leur carnet mais le remplissage du carnet était très variable : si le nom était noté dans 74,8% des cas, le poids ne l'était que dans 5,9% des cas. 90% des carnets comprenaient des indications, plus ou moins complètes, sur les vaccinations. Les auteurs de l'étude faisaient des recommandations pour améliorer l'usage du carnet, ce qui, espéraient-ils, améliorerait aussi la qualité du suivi sanitaire des enfants (Ghossein et al., 1997). D'après certains témoignages, l'usage du carnet de santé aux États-Unis serait loin d'être généralisé, les médecins libéraux conservant le dossier de chaque patient.

Le voisin canadien s'est engagé depuis l'an 2000 dans une voie similaire de partenariat. Après des expériences diverses comme celle menée dans l'Alberta *(Alberta Child Health Passport* par exemple - Armstrong et al. 1987) ou au Québec (il existait dans les années 1980 une version anglaise et une version française du carnet de santé), sept partenaires, publics et privés, se sont concertés pour produire un *Canada's Child Health Record* en anglais et en français, permettant de suivre l'enfant de la naissance à l'adolescence (examens de routine, poids, vaccinations, hospitalisations, soins dentaires...). Les partenaires sont : Santé Canada, l'Institut canadien de santé de l'enfant, la Société canadienne de Pédiatrie, l'Association canadienne de santé publique, le Collège des médecins de famille du Canada, Pampers Parenting Institute et le Réseau canadien santé. Pampers assure le financement et la distribution des carnets qui sont glissés dans les paquets donnés en cadeau aux parents lors de la naissance à l'hôpital. Par cette initiative qui a été précédée par une étude approfondie auprès des familles et des professionnels, le gouvernement canadien espère promouvoir une meilleure continuité des soins de santé des enfants en mobilisant les parents *(empower)* et en favorisant une meilleure coordination entre parents et professionnels.

Ces expériences montrent que, au sein d'un système assurantiel, il existe une place pour la mise en œuvre d'un carnet de santé pour tous les enfants mais que ces carnets n'ont pas le caractère d'une obligation.

4. Les expériences britannique et australienne

11 existe depuis longtemps en Angleterre des carnets de santé gardés par la famille *(Home based child health records),* de provenance et de forme très diverses. Mais aucune évaluation de satisfaction n'était possible, par absence de comparabilité. Une des premières expériences d'évaluation a été menée par les services de santé au début des années 1980 dans le district ouest de Lambeth. Un carnet *(Record booklet)* a été distribué dans ce district et utilisé par les familles, les médecins et les infirmières communautaires pour suivre le développement de l'enfant, ses vaccinations, les contacts avec les services de santé. L'évaluation a montré que parents et professionnels trouvaient de l'intérêt à un tel carnet et que l'amélioration des relations entre les différents professionnels dépendait étroitement de son usage adéquat (Lakhani et al., 1984).

L'idée de généraliser un tel carnet de santé est avancée notamment pour étudier les handicaps dans l'enfance (Banister, 1985). C'est une équipe autour du Professeur A. Macfarlane, à l'Université d'Oxford, qui relance cette idée en 1986 en donnant à une partie de la population un carnet de santé tandis que pour l'autre groupe, le carnet reste au centre de santé. 90% des professionnels du premier groupe souhaitaient poursuivre l'expérience du carnet de santé, tandis que 56% seulement des professionnels de l'autre groupe estimaient le carnet de santé intéressant (Macfarlane et Saffin, 1990). Une enquête auprès des parents, menée durant l'hiver 1988-1989, confirmait l'idée que, malgré les risques de pertes (7% des carnets gardés par les parents étaient perdus ou oubliés), il était important que ce soit les parents qui conservent le carnet de leur enfant (Saffin et Macfarlane, 1991).

À partir des années 1990 et à la suite de l'adoption par le parlement de la loi de 1989 (Children Act), des districts de plus en plus nombreux ont expérimenté un tel carnet de santé : Fife (Écosse) en mars 1992 (Campbell et Halleran, 1993), district de Portsmouth et du Sud Hampshire en octobre 1992 (Whitney et Holland, 1993), districts du Nord Staffordshire (Charles, 1994), Cambridge (Connack et al., 1998), etc. L'expérimentation était systématiquement évaluée. Les enquêtes ont montré que les parents étaient très intéressés par le carnet de santé (Campbell et Halleran, 1993) et que les professionnels l'étaient beaucoup moins, lorsqu'ils n'étaient pas carrément réticents (Cormack et al., 1998). Plusieurs districts ont maintenu en parallèle le système de carnets conservés par les centres de santé *(Joint Professionnal Record)* et permettant de suivre certaines catégories d'enfants à risques (Knowles et al., 1999).

L'expérience est généralisée aujourd'hui en Grande-Bretagne, puisque chaque enfant, dès la première visite à domicile par une infirmière visiteuse, est muni d'un carnet de santé *(Personal child health record)* appelé « *The Red Book* » (rouge pour les filles et bleu pour les garçons). Ce document confié à la famille reste la propriété du Service national de santé *(National Health Service)* et doit être conservé pendant 25 ans. Chaque service local de santé de l'enfant produit son propre carnet à partir d'un modèle standard disponible dans le commerce.

On a là un exemple tout à fait instructif d'un État qui, à la suite d'une expérimentation scientifique, a généralisé le carnet de santé par l'intermédiaire des centres de protection maternelle et infantile, pour améliorer le suivi de la santé de l'enfant et faire progresser les relations entre professionnels et familles. Mais le carnet ne comprend aucun document à visée épidémiologique de type certificat de santé et les vaccinations ne sont pas systématiquement reportées. C'est ce modèle qui a servi de référence à la Suède et à l'Australie, visant à faire prendre conscience aux parents du développement de leur enfant.

L'Australie suit le même cheminement puisque la plupart des États ont introduit de tels carnets, mais l'expérience ne semble pas être encore complètement généralisée. Le Gouvernement de Victoria distribue ainsi depuis au moins 1992 un *Child health record* à tous les enfants. Une nouvelle édition *(Child health record home)* est parue en 2001. Ce carnet est à la fois un guide pour les parents, puisqu'il contient des informations, et un journal qui permet un suivi de l'enfant de la naissance à cinq ans et demi. Pour chaque âge, un certain nombre de questions sont posées aux parents, qui leur permettent de réfléchir sur la situation de santé de leur enfant et d'interroger en conséquence leur médecin, s'ils sentent que quelque chose ne va pas. Pour l'âge de 6-8 mois par exemple, sont posées des questions générales (sur les vaccinations, les dents, l'implication personnelle des parents) puis des questions portant sur la vision, l'ouïe et le développement psycho-moteur. À chaque question, les parents sont invités à répondre par « oui », « non », « pas sûr ». La parenté avec le carnet britannique et le récent carnet suédois est patente, le but de ce carnet est d'impliquer les parents dans la santé de leur enfant (toujours la notion *d'empowerment).*

Après une étude approfondie, le Gouvernement des Nouvelles Galles du Sud a introduit un carnet de santé en 1988, le *NSW Personal Health Record,* appelé *NSW Blue Book :* tous les parents des nouveau-nés reçoivent un tel carnet qu'ils conservent. Ce carnet de 48 pages comprend les résultats des examens périodiques, des graphiques, des conseils associés à des grilles d'évaluation de la croissance de l'enfant, enfin les vaccinations. Quatre ans après son introduction, une évaluation a été conduite pour connaître le taux de conservation du carnet, le taux de remplissage des rubriques sur les vaccinations et le degré de satisfaction des parents. L'enquête menée sur un échantillon représentatif de 622 ménages montre que 89% des parents déclarent conserver le carnet au bout de quatre ans, que 78% sont capables de le montrer lors de l'entretien. 91% des carnets comprennent la mention d'au moins une vaccination, 68% sont remplis complètement jusqu'à l'âge de quatre ans. Enfin si 93% des parents se déclarent satisfaits du carnet, c'est le cas de 64% seulement des praticiens. Le carnet de santé est donc plébiscité par les parents, et largement accepté par les professionnels (Jeffs et al., 1994, voir aussi Bailey et al. 1992).

Largement utilisé en Australie, le carnet de santé relève de l'initiative des États composant la Fédération, il est sous le contrôle des infirmières des centres de santé infantile. C'est le cas également du voisin néo-zélandais qui disposait dans les années 1970 d'un *Plunket Record Book.* On sait que la Nouvelle-Zélande connaît un système de protection maternelle et infantile assuré en grande partie par une association fondée en 1907 par le Dr Truby King (1858-1938), la Plunket Society. Cette association prend en charge l'ensemble des questions relatives à la santé des mères et des enfants, en combinant un système de visites à domicile et de suivi dans des centres de santé. Le carnet permet d'inscrire les résultats des visites successives des infirmières et contient des graphiques (poids et taille).

5. Diversité des modèles au Moyen-Orient et en Asie

Dans cette vaste région comprenant des pays très développées comme le Japon ou des pays pauvres, on trouve une très grande diversité de modèles : certains pays comme le Japon se rapprochent du modèle français ou espagnol avec des certificats de santé, d'autres suivent un modèle à vocation éducative et préventive (Taiwan et Israël), d'autres enfin sont plus sommaires comme en Arabie saoudite.

Au Japon, l'usage du carnet de santé, comme outil de connaissance épidémiologique, remonte à plus de cinquante ans. Institué après la guerre, le carnet de santé est obligatoire et est distribué aux mères dès le signalement de leur grossesse. D'après l'exemplaire du département de Kanagawa que nous avons eu entre les mains, ce carnet comprend des certificats pouvant être dupliqués : à 3 mois, à 1 an, à 3 ans, ainsi que des fiches détachables en couleur, en vue du signalement des maladies contagieuses (diphtérie, coqueluche, variole, poliomyélite, encéphalite et grippe). Il contient divers tableaux et graphiques permettant de suivre l'évolution des dents, du poids, de la taille et d'inscrire les vaccinations. D'après une enquête menée en 1999 auprès de 13 271 familles, le carnet de santé est très apprécié par les Japonais : moins de 1% l'avaient perdu au moment de l'enquête, 97,8% avaient inscrit eux-mêmes quelque chose sur le carnet, 87% l'estimaient utile, 60,6% auraient aimé davantage de détails sur l'éducation d'un bébé. 34,1% estimaient que le carnet n'était pas simple à utiliser et une minorité seulement (21,3%) estimait utile la section dentaire (Fujimoto 2001).

La Corée et le Viêt-Nam possèdent aussi un carnet de santé, mais sans certificats. Le modèle que nous avons consulté concernant le Viêt-Nam, imprimé à Cholon, est différencié selon le sexe (bleu pour les garçons et rouge pour les filles), il comprend 24 pages sans conseils ni informations.

À Taiwan, le carnet de santé composé de 64 pages est distribué systématiquement depuis 1995, date à partir de laquelle un système de sécurité sociale généralisé fut mis en place. On peut suivre la santé de l'enfant jusqu'à 6 ans, croissance, régime alimentaire, dates des vaccinations, maladies, examens médicaux. Une grande attention est portée à la dentition, avec des schémas pour chaque examen. Des pages entières sont consacrées à des conseils et à des informations.

L'Arabie saoudite dispose de deux carnets bilingues arabe-anglais, l'un concerne les certificats de vaccination (depuis 1970), l'autre le suivi de la santé de l'enfant jusqu'à 5 ans (depuis 1984). Ce dernier se compose de 16 pages et comprend l'état de l'enfant à la naissance, les courbes de poids, de taille et de périmètre crânien (directement inspirées des modèles de l'OMS), le suivi du développement psychomoteur et du régime alimentaire et les visites médicales. Sous une forme ramassée, il s'agit d'un document assez complet. L'État d'Israël dispose aussi de deux carnets, un carnet de vaccinations de 12 pages et un carnet hébreu-anglais de 36 pages, avec des conseils pour les parents.

6. Un carnet pour la mère et l'enfant dans les pays africains francophones

Pour l'Afrique, plusieurs faits émergent : la plupart des pays africains disposent, comme les autres pays en développement, de cartes de vaccination. Les pays d'Afrique de l'Est et centrale ne connaissent pas de carnets de santé (Tanzanie), sauf démonstrations contraires à venir. En revanche, sur la base d'un échantillon, il est vrai, restreint, certains pays africains d'expression française disposent d'un carnet de santé, l'originalité étant qu'il concerne la mère enceinte et l'enfant nouveau-né. Signalons qu'il existe également des carnets de santé au Maroc, en Tunisie et en Algérie (un nouveau carnet a été introduit en Algérie en 2001).

Prenons l'exemple du carnet du Togo. Ce carnet reprend l'idée suggérée par des spécialistes britanniques de l'Institut d'hygiène infantile de Londres, d'attirer l'attention des parents sur la direction de la courbe de poids (Tremlett et al., 1983). Les parents sont invités à voir si l'enfant suit une courbe ascendante, stationnaire ou descendante et à agir en conséquence. Les Comores ont adopté également ce dispositif à vocation éducative. Le carnet du Burkina Faso a bénéficié des conseils de l'UNICEF, il a été mis en circulation en 1977 et depuis, amélioré. Comme dans les autres pays francophones, c'est un carnet pour la mère et pour l'enfant. Il est distribué aux mères enceintes lors d'une visite ou consultation ; à défaut, il est donné aux mères des enfants présentés dans un service de santé.

Certains pays en développement nous ont explicitement cité l'existence de cartes de santé et de cartes de vaccinations (Mexique, Bolivie, Pérou, Burundi, Congo, Liberia, Ouganda, Tanzanie, Turquie, Qatar, Inde, Indonésie, Cambodge, Philippines...). D'ailleurs, ces cartes existent dans beaucoup de pays du monde, comme l'indiquent les enquêtes de démographie et de santé. Nous disposons de cinq carnets de santé pour l'Afrique tropicale francophone, ceux du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, du Sénégal, du Togo et de la Guinée, sans compter un carnet pour les Comores (modèle publié en 1993). Tous comprennent une partie significative concernant la mère pendant sa grossesse : le carnet est donc aussi un carnet de maternité, avec indication des visites prénatales, résultats des examens, etc. Une seconde partie porte sur l'enfant né et sur son développement. Ces carnets sont de taille assez restreinte (comme celui utilisé en France dans les années 1970), sauf celui du Togo, plus récent. La fabrication en est simple, il s'agit parfois d'une photocopie. Compte tenu de la taille et du mode de fabrication, les courbes de poids et taille (sur le même graphique) sont parfois petits et difficilement lisibles sur les modèles les plus anciens. Le carnet du Sénégal que nous avons eu entre les mains (qui n'est pas très récent) comprenait 13 volets détachables qui étaient des certificats (examen prénatal, $6^{ème}$ mois, $12^{ème}$ mois, $15^{ème}$ mois, etc. jusqu'à 6 ans). L'établissement des courbes de poids et de taille de référence avait bénéficié dans les années 1955-1965 d'études spécifiques menées au Centre international de l'enfance par le Dr Geneviève Massé, afin de mieux cerner la croissance des enfants sénégalais : on s'était aperçu en effet que les bébés de ce pays se développaient plus vite que les Européens et les Américains durant les premiers mois, puis présentaient ensuite un ralentissement relatif.

Un carnet de santé mère et enfant est disponible au Togo depuis une dizaine d'années dans les maternités et les centres de santé, au prix de 1 500 FCF A. 11 est très clair et attractif, ayant bénéficié des conseils de l'OMS et de tous les débats qui ont eu lieu dans les milieux spécialisés au cours des années 1980 sur l'élaboration *and Health Surveys).* Pour l'Afrique noire, le pourcentage de mères qui montrent leur carnet de vaccination au cours de l'entretien varie de 19,5% au Nigeria (1999) à 87,8% au Rwanda (1992). Dans la majorité des pays de cette région, la proportion dépasse 50% mais les données ne sont pas toujours cohérentes puisque d'une date à l'autre, la proportion constatée peut varier pour un même pays considérablement (Ouganda : 60,5% en 1995, 47,3% en 2000). Cette proportion paraît en moyenne plus faible dans les pays d'Asie du Sud et du Sud-Est enquêtés, elle s'échelonne entre 13,3% au Viêt-Nam à 47,5% au Cambodge en 2000. La cohérence des données issues d'enquêtes menées à des dates différentes pour un même pays atteste de la bonne qualité des

données recueillies dans cette région : ainsi pour le Bangladesh, les trois enquêtes menées entre 1993 et 2000 donnent des proportions comprises entre 42,3% en 1996 et 45,4% en 1993. En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'usage des cartes de vaccination est fréquent, dépassant partout 50% sauf en Bolivie en 1994 et en 1998 et à Haïti en 1994 (46,8%).

TABLEAU 1 : PROPORTION DES MÈRES QUI MONTRENT UN CARNET DE SANTÉ OU UN CARNET DE VACCINATION LORS DES QUESTIONS SUR LA VACCINATION DE LEUR ENFANT DE 12-23 MOIS (ENQUÊTES DÉMOGRAPHIE ET SANTÉ, ANNÉES 1990-2000)

Afrique sub-saharienne	%	Afrique du Nord Asie	%	Amérique latine et Caraïbes	%
Bénin 1996	72,5	Égypte 2000	72,5	Bolivie 1998	40,2
Burkina Faso 1999	55,9	Jordanie 1997	81,2	Brésil 1996	78,9
Comores 1996	74,3	Maroc 1992	65,4	Colombie 2000	74,7
Côte d'Ivoire 1999	73,4	Turquie 1995	38,5	Guatemala 1999	68,4
Érythrée 1995	50,3	Yémen 1997	30,8	Haïti 2000	66,3
Éthiopie 2000	27,0			Nicaragua 1995	74,1
Gabon 2000	62,8	*Asie centrale*		Paraguay 1990	51,3
Ghana 1998	76,0	Kazakhstan 1999	90,7	Pérou 2000	62,1
Guinée 1999	46,5	Ouzbékistan 1996	90,3	Rép. dominic. 1996	52,3
Kenya 1998	55,4	Kirghizie 1997	78,4		
Madagascar 1997	49,7	Turkménistan 2000	94,2		
Malawi 2000	81,1				
Mozambique 1997	66,0	*Asie sud et sud-est*			
Namibie 1992	70,1	Bangladesh 2000	43,5		
Niger 1998	34,8	Cambodge 2000	47,5		
Nigeria 1999	19,5	Inde 1999	33,7		
Ouganda 2001	47,3	Indonésie 1997	30,9		
Rép. centraf. 1995	59,6	Népal 2001	16,2		
Rwanda 1992	87,8	Pakistan] 991	29,6		
Sénégal 1993	64,4	Philippines 1998	41,4		
Tanzanie 1996	76,6	Viêt-Nam 1997	13,3		
Tchad 1997	27,3				
Togo 1998	58,4				
Zambie 1996	81,8				
Zimbabwe 1999	68,6				

Source : Demographie and Health Surveys : / /www.measuredhs.com/data/indicators/table

L'Indonésie et les Philippines offrent deux exemples intéressants, intermédiaires entre carnet et carte de santé. Le modèle indonésien publié en 1997 par le département de la santé se présente sous la forme d'un dépliant en couleur, illustré, composé de huit pages. Après une page introductive illustrée par l'image d'une mère allaitant son bébé, l'enfant et sa famille sont identifiés sur la seconde page et la date des vaccinations est reportée. Viennent ensuite sur quatre pages le graphique du poids par mois jusqu'à cinq ans. Les repères (poids stationnaire, décroissant, croissant) sont indiqués ainsi que des figurines d'enfants suivant un développement normal. Les deux dernières pages sont consacrées à des conseils illustrés sur le calendrier des vaccinations, le traitement de la diarrhée et l'alimentation équilibrée après le sevrage.

Les Philippines ont édité successivement deux cartes de santé, la première dans les années 1970, qui permettait de suivre la santé de l'enfant jusqu'à cinq ans, la seconde éditée en janvier 2002 et allant jusqu'à six ans. Le premier modèle, très largement utilisé aujourd'hui aux Philippines, comprend deux cartes. La première de couleur jaune identifie l'enfant, sa famille, les circonstances de la naissance, la date des vaccinations. Sur la seconde de couleur verte, sont repris les éléments d'identification de l'enfant et notés le résultats des visites médicales (maladie, poids, traitement). Dans le modèle de 2002, sont ajoutés les résultats des examens de la dentition, un graphe de poids, des recommandations pour l'alimentation à chaque âge.

7. Quel avenir pour les carnets de santé ?

Il est certain que le carnet de santé a fait ses preuves dans les pays où il est utilisé largement, y compris dans ses formes simplifiées comme aux Philippines ou en Indonésie. Dans un pays comme la France, le carnet de santé, qui a déjà une longue histoire, répond à plusieurs objectifs très différents : dépositaire de la mémoire familiale (mais concurrencé par l'album de photos et le « journal de bébé »), il correspond aussi à des préoccupations de l'État en matière de santé publique. L'éducation des parents à la santé, le contrôle des vaccins, l'attestation des examens périodiques obligatoires constituent des points forts de l'actuel carnet qu'il ne sera pas facile de remplacer complètement par d'autres supports.

Les carnets de santé français font l'objet aujourd'hui de plusieurs types d'études : l'une par les services de PMI et la DREES qui analysent le degré de couverture, les problèmes de santé de la population infantile à travers l'examen des certificats de santé, l'autre par des pédiatres qui analysent le contenu des carnets en dehors des certificats de santé. À Paris, la cellule des certificats de santé du service de protection maternelle et infantile a publié par exemple en 2000 une étude intéressante couvrant la période 1980-1999 (Bonnefoi 2000). Le taux de couverture du premier certificat est stable depuis 1985, aux alentours de 95% : il permet, d'après les auteurs, une bonne représentation des naissances domiciliées à Paris. Le suivi prénatal des femmes enceintes s'améliore depuis quinze ans, même s'il est moins satisfaisant que pour la France entière. Le taux des naissances multiples est passé de 1,8% en 1985 à 3,2% en 1999. Après être passé par un minimum en 1987-1989, le taux d'allaitement au sein à la sortie de maternité a sensiblement remonté (65% environ depuis 1996), soit une fréquence sensiblement supérieure à la moyenne nationale. Une naissance sur cinq est obtenue par césarienne en 1999, soit une augmentation de huit points depuis 1985. Environ une naissance sur cinq est adressée aux puéricultrices ou aux assistantes sociales, soit plus de 6 000 enfants chaque année. Telles sont quelques-uns des résultats issus de l'exploitation du premier certificat de santé pour Paris. On voit bien qu'il s'agit d'un instrument épidémiologique de premier ordre, ce que confirmait l'étude publiée collectivement dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* (Sénécal et al., 2001), mais qui a ses limites liées au taux de couverture (Ikounga et Brodin, 2001). D'après ces études, le taux de couverture national atteignait en 1998, 94% pour le premier certificat, 71% pour le second (à 9 mois) et 66% pour le troisième (à deux ans). Une expérimentation est en cours dans le département de la Seine-Saint-Denis pour améliorer le premier certificat.

Une pédiatre bordelaise a récemment étudié le contenu de 122 carnets d'enfants nés entre 1982 et 1998 (Péré-Comby 1998). Elle a montré que les enfants étaient suivis régulièrement, conformément à la loi, que les enfants de l'échantillon étaient surtout allaités au biberon (55%) et que la notation du poids différait sensiblement selon le praticien (35% des médecins généralistes notaient le poids, 61% des pédiatres, 72% des médecins de PMI). Elle concluait son étude en soulignant l'intérêt des carnets de santé mais en attirant l'attention sur les problèmes éthiques que ces carnets posent : comment faire du carnet de santé un instrument efficace, donc exact et complet, et, en même temps assurer la protection de l'individu ? Les

débats tournent autour de l'anonymat ou non du carnet (identifié par un simple numéro), sur les règles de transmission de ce carnet, sur les éléments à transcrire ou à ne pas transcrire, etc.

À travers cet exemple, se profile le type de problèmes auxquels sont confrontés les partisans de l'évolution du carnet vers la forme d'une carte électronique. Car tel est le débat actuel : le carnet de santé doit-il évoluer et comment ?

L'examen qui précède montre que le carnet répond bien à l'heure actuelle aux objectifs d'éducation à la santé. Qu'il s'agisse de conseils directs (comme en Belgique, en France, au Portugal, à Taiwan ou au Togo), ou d'auto-évaluation (comme en Grande-Bretagne, en Australie ou en Suède), le carnet de santé offre un support tout à fait adéquat pour faire passer des messages ou inviter les parents à prendre conscience de l'état de santé de leur enfant. L'accès à internet est trop limité socialement pour constituer aujourd'hui une véritable alternative, y compris dans les pays industrialisés.

En revanche, en ce qui concerne l'épidémiologie ou même le contrôle des vaccinations, le carnet de santé pourrait-il être sérieusement concurrencé par le support électronique ?

Quelques pays ont mis à l'étude cette orientation. L'Inde, par exemple, qui n'a pas de carnet de santé complet mais une carte de vaccinations, examine depuis quelques années le moyen de suivre la couverture vaccinale de la population par un système par ordinateur *(Computerized Immuniation System).* L'idée est de suivre chaque semaine et chaque mois la population infantile du point de vue de son statut vaccinal : la population « éligible » et les manquants sont identifiés régulièrement et individuellement. Dès qu'un enfant naît dans un quartier, les infirmières de santé publique en sont avisées, ce sont elles qui tiennent les listes à jour sur ordinateur et qui s'assurent que les enfants reçoivent bien tous les vaccins recommandés par l'OMS. Le système est expérimenté dans la ville de Bhavnagar (État de Gujarat, pas très loin de Bombay) depuis 1996, il couvre une population de plus de 80 000 enfants : est-il généralisable à l'ensemble d'un pays ? On peut se le demander.

Depuis l'année 1997, la Suisse, qui n'a jamais eu de carnet de santé fédéral (il existe néanmoins des initiatives cantonales, par exemple dans le Valais, le Vaudois ou le Jura suisse), s'est engagée à étudier la mise en place d'une *carte de santé* au niveau confédéral *(Un carnet de santé en Suisse* 1999). La Conférence de concertation d'août 2001 a permis d'établir trois principes, la mise en place d'un identifiant unique, l'harmonisation des solutions existantes et l'approfondissement de la question de la sécurisation de l'accès aux données. En l'état actuel des réflexions, il s'agirait dans un premier temps d'établir une carte d'assuré sur l'ensemble du territoire, sous la forme d'une carte à puce, qui permettrait, comme en Allemagne et en France, de simplifier la gestion des données administratives des assurés. Dans un deuxième temps seulement, c'est-à-dire lorsque seraient résolus les problèmes complexes comme la protection des données, l'évaluation des avantages et inconvénients pour les patients ou le financement, l'accès à des données proprement médicales serait rendu possible à partir de la carte de santé. Les débats ont porté sur les avantages il attendre d'une intervention fédérale dans le champ de la santé et sur le contrôle par le patient des informations contenues en clair sur sa carte (on retrouve la notion *d'empowerment* mais dans un sens différent).

Comme on le voit, le projet dépasse largement la question de la santé de l'enfant et ne couvre pas la question de l'éducation à la santé des familles. On peut supposer que les cantons qui disposent aujourd'hui de carnets de santé distribués aux familles, conserveront ce système parallèlement à la mise en place de la carte de santé car le processus va prendre du temps pour être opérationnel.

En Grande-Bretagne, le processus est en cours pour permettre à tous les acteurs du service national de santé (NHS) d'accéder au dossier médical d'un patient. Des dossiers électroniques *(Electronic Patient Records* et *Electronic Health Records)* seront disponibles à partir de 2005 permettant d'accéder à des données d'identification du patient et du médecin traitant, des

données vitales en cas d'urgence (allergies, vaccinations, immunisations...), etc. ; chaque dossier constituera une synthèse du dossier médical du patient, de sa naissance à sa mort. Il ne concernera donc pas exclusivement les enfants.

De façon plus générale, on peut s'interroger sur la capacité des systèmes électroniques à répondre à l'ensemble des fonctions assurées aujourd'hui par le carnet de santé, y compris sur le plan épidémiologique. Par quel système remplacer les certificats de santé ? Les médecins disposeront-ils de cadres à décharger sur leur ordinateur et à remplir pendant la visite du patient ? Par quoi remplacer les certificats de vaccination ? Comment assurer la formation au rôle de parents ?

Ainsi, parallèlement au développement inéluctable de supports électroniques, le carnet de santé pour les enfants n'a pas fini de faire parler de lui, il a encore de beaux jours devant lui comme outil de connaissance des services publics et comme outil de formation des parents.

BIBLIOGRAPHIE

ARMSTRONG-ESTHER C. A., LACEY B., SADBILAND M., BROWNE K. D., 1987. « Partnership in care », *J Adv Nurs,* 12 (6), pp. 735-741.

BAILEY F., NOSSAR V., JEFFS D., SMITH W., CHEY T., 1992. *An evaluation of the NSW Personal Health Record,* NSW Health, North Sydney.

BANISTERP., 1985.« The child health record and its uses for epidemiological purposes », *Prog Clin Biol Res,* 163 B, pp. 33-38.

BONNEFOI M.-C., 2000. La santé de la mère et de l'enfant à Paris, Données établies à partir des certificats de santé reçus par le Service de protection maternelle et infantile. Évolution 1980-1999, Département de Paris, Protection maternelle et infantile, Cellule des certificats de santé, Paris, document ronéoté, 31 p.

CAMPBELL H., HALLERAN J., 1993. « An evaluation of the personal child health record in Fife », *Health Bull (Edimb),5l* (6), pp. 399-406.

COMMAILLE J., MARTIN C., 1998. *Les enjeux politiques de la famille,* Bayard, Paris.

CORMACK L, MORLEY C., SEWARD A., VISCKERS D., 1998. « The personal child health record : attitude to and usage by the parents and professionals during the first yeart of a child'life », *Ambulatorv Child Health,* 4, pp. 375-380.

CHARLES R., 1994. « An evaluation of parent-held child health records », *Health Visit,* 67 (8), pp.270-272.

ESPING-ANDERSEN G., 1990.The three worlds of Welfare Capitalism, Polity Press, Cambridge. *Demographic and Health Surveys,* site internet *measuredhs.com*

FUJIMOTO S., NAKAMURA Y., IKEDA M., TAKEDA Y., HIGURASHI M., *Utilisation of Maternal and Child Health handbook* in Japan, Nippon Koshu Eisei Zasshi, 2001, Juin, 48 (6), p. 486-494.

GHOSSEIN Y., GIBBS C., CUNNINGHAM N., MCCONATHY J., SUNG T., HERNANDEZ M., KIM S., LOBACH K., RAMOS C., 1997. « The child's personal health record in New York City : which components are used ? » *Ambulatory Child Health,* 4, pp. 3-11.

IKOUNGA P., BRODIN M., 2001. « Les certificats de santé : intérêt et limites », *Médecine et enfance,* nov., pp. 478-482.

JEFFS D., NOSSAR V., BAILEY F., SMITH W., CHEY T., 1994. « Retention and use of personal health records : a population-based study », *J Paediatr Child health,* 30 (3), pp. 248-252.

KNOWLES R., BLACKBURN M., ZAHIR M., RUSSELL M., CARRIER A., NEVRKLA E., 1999. « The implementation of a new parallel child health record », *Child Care Health Dev* , 25 (4), pp. 253-66.

LAKHANI A. D., AVERZ A., GORDON A., Tait N.,] 984. « Evaluation of a home based helth record booklet », *Arch Dis Child,* 59 (II), pp. 1076-1081.

MACFARLANE A., SAFFIN K., 1990. « Do general practionners and health visitors like 'parent held' child health records ? », *Br J Gen Pract,* 40 (332), pp. 106-108.

PACLOT C., 1996. « Les modifications récentes », *Le nouveau carnet de santé,* Comité national de l'enfance, Conférence du 1er avril, pp.13-20.

PÉRÉ-COMBY I., 1998. *Le carnet de santé. Étude des renseignements consignés (de 8 jours à 24 mois) sur 122 carnets*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux II, 115 p.

ROLLET C., 2001. « Histoire du carnet de santé en France : un enjeu pour les mères, les médecins et l'État », Communication présentée lors de la 5ème conférence organisée par l'Association européenne pour l'histoire de la médecine et de la santé, *Health and the Child Cure and Culture in History,* Genève, 13-16 septembre 2001. Publié dans la revue *Dynamis* (Espagne) en 2003.

SAFFIN K., MACFARLANE A., 1991. « How well are parents held records kept and completed ? » *Br J Gen Pract,* 41 (347), pp. 249-251.

SÉNÉCAL J., BUSSIÈRE E., ROUSSEY M., MORELLEC J., PÉDRONO G., 2001. « Les certificats médicaux obligatoires de la première enfance : un outil épidémiologique méconnu », *Bull Acad Natle Méd,* 185 (4), pp. 727-747.

THOUEILLE E., 1991. « Certificat de santé, mode d'emploi », *Naissance,* 3, pp.16-23.

TREMLETT G., LOVEL H., MORLEY D., 1983. « Conseils pour l'élaboration de fiches de croissance », *Les Carnets de l''enfance,* Une révolution au profit de la survie et du développement des enfants, 61-62, pp. 153-189.

« Un carnet de santé en Suisse ? Étude d'opportunité », Institut de santé et d'économie (ISE) en collaboration avec l'Institut du Droit de la santé (IOS), rapport de recherche de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) n° 3/99.

WHITNEY G., HOLLAND S., 1993. « Preparing for parent-held child health records », *Health Visit,* 66 (4), pp. 138-139.